

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ Ort: _____
Versichertennummer: _____
Telefon/E-Mail (freiwillig): _____

Anschrift Krankenkasse

Antrag auf Kostenerstattung für

- präventive Ernährungsberatung nach § 20 Abs. 1 SGB V
- ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V

Die Beratung wird durchgeführt von:

Fachärztin für Innere Medizin, Ernährungsmedizinerin DAEM / DGEM
Dr. med. Cornelia Ott
Am Stöckfeld 52
90556 Cadolzburg
Telefon: 0157 / 39 63 21 42 E-Mail info@drcorneliaott.de
www.drcorneliaott.de

Der Kostenvoranschlag und ggf. die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung liegen bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Raum für Vermerke der Krankenkassen

Die Beratung / Therapie wird in folgendem Umfang bewilligt:

Datum, Stempel Unterschrift des Erstatters